FACULTE DE MEDECINE DE PARIS



Année 1885

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 Mai 1885, à 1 heure.

PAR ALEX. BARZILAY,

Né à la Guadeloupe, le 16 mai 1858.

DE

L'ÉPITHÉLIOMA DES FOSSES NASALES

ET DE SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président : M. VERNEUIL, *professeur.*
Juges : MM. FOURNIER, *professeur.*
REYNIER, STRAUS, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1885

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER. DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	N.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.). JACCOUD. HARDY. POTAIN.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

Doyen honoraire : M. VULPIAN

Professeurs honoraires : MM. GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANOT.	POUCHET.	Ch. RICHET.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
CHARPENTIER.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
GARIEL.	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.
	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. DESCROIZILLES, L. DESNOS, NICAISE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Membre de l'Académie de médecine.

DE L'ÉPITHÉLIOMA

DES

FOSSES NASALES

ET DE

SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

AVANT-PROPOS.

Nous remercions, M. le professeur Verneuil, d'avoir bien voulu présider notre modeste travail.

Nous prions aussi MM. Le Dentu, Terrillon et Kirmisson, de recevoir ici l'expression de notre reconnaissance, tant pour les excellents conseils qu'ils ont bien voulu nous donner, que pour les documents qu'ils nous ont communiqués.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Jusqu'à ce jour, les maladies des fosses nasales n'ont pas reçu le développement que nécessite l'importance de cette région. Les auteurs classiques décrivent les affections bénignes, mais en ce qui concerne les tumeurs malignes, ils sont, sinon muets dans leurs descriptions, du moins fort incomplets. En particulier, l'épithélioma siégeant dans les fosses nasales n'est nulle part l'objet d'une étude particulière ; la faute en est peut-être à sa rareté relative dans cette région.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas d'épithélioma des fosses nasales et de voir confirmé par l'examen histologique le diagnostic de M. Kirmisson, professeur agrégé.

Cette observation, nous a donné l'idée de réunir les quelques cas épars dans la littérature médicale et de rapporter l'histoire clinique et anatomique de cette affection.

Pour arriver à décrire la symptomatologie avec quelque exactitude, nous avons eu soin de ne prendre pour base de notre travail, que des observations qui ont été contrôlées par l'examen microscopique.

Nous tâcherons d'en dégager les éléments necessaires pour ébaucher une vue d'ensemble sur l'épithélioma des fosses nasales.

Ce que nous vevons de dire nous dispense de faire l'historique de l'épithélioma des fosses nasales. Cette affection était confondue avec toutes celles qui se présentent dans cette cavité, et ce n'est que vers 1848 qu'on commença à distinguer entre elles les différentes tumeursde cette région.

Les auteurs ne donnent que des renseignements succincts sur ce néoplasme siégeant sur la membrane pituitaire. En effet, voici comment s'expriment MM. Follin et Duplay : « C'est ici le lieu de signaler certaines tumeurs qui, jusqu'ici, ont été constamment confondues avec les polypes muqueux ; ce sont les *épithéliomes à cellules cylindriques* des fosses nasales. Au premier abord, rien ne les différencie des polypes légitimes ; même aspect extérieur, même coloration, même consistance, même disposition plus ou moins pédiculée ; mais l'examen microscopique révèle une structure toute différente. Outre qu'ils donnent du suc opalin à la pression, les épithéliomes présentent de nombreuses cellules cylindriques, souvent réunies entre elles à la manière des épithéliums, sans prolongements anastomosés, quoique variables de formes et de dimensions. A la coupe, sur des pièces durcies, on trouve des cavités tubulées remplies de cellules épithéliales et autour une trame à peu près analogue à celle du myxome. Les cellules adjacentes sont toujours hypertrophiées ; enfin, les vaisseaux sont beaucoup plus abondants que dans les polypes proprement dits.

« Plus facilement aussi que les myxomes, ces tumeurs subissent la dégénérescence graisseuse et colloïde. Ce

sont là des différences dont l'importance pratique n'échappera à personne, puisqu'elles servent à reconnaître une tumeur de bonne nature, d'une production maligne.

« Le cancer se reconnaîtrait par sa marche plus rapide que celle des autres tumeurs, et par l'altération concomitante de la santé générale. »

Jamain et Terrier dans leur ouvrage disent : « L'épithélioma des fosses nasales atteint soit la cloison, soit les parois externes de ces cavités ; quoi qu'il en soit, il déterminerait des symptômes analogues à ceux que produisent les polypes muqueux. Mais comme ceux-ci ne se développent pas sur la cloison, toute tumeur analogue à un polype muqueux de cette paroi des fosses nasales devra être regardée comme suspecte. »

Il était donc nécessaire d'essayer de tracer l'histoire complète d'une affection qui, quoique rare, est cependant d'autant plus importante que son diagnostic entraîne un acte opératoire utile.

Observation 1.

Épithélioma de la fosse nasale gauche. — Extirpation et guérison.

S..., âgée de 51 ans, journalière, est entrée à la Pitié, salle Lisfranc, n° 24, le 6 septembre 1884, pour un épithélioma de la fosse nasale du côté gauche.

Antécédents :

Son père, d'une bonne constitution, est mort à 78 ans d'accident. *Sa mère est morte d'une tumeur du foie.*

La malade n'a eu aucune maladie antérieure; elle a présenté

seulement depuis son jeune âge des épistaxis et quelques coryzas. L'affection actuelle a débuté il y a neuf mois environ; à cette époque, la malade a ressenti des douleurs qu'elle rapportait à la face dorsale du nez, et a présenté un peu d'écoulement sanguin par la narine.

Bientôt le nez s'est légèrement tuméfié, et elle a constaté, dans la fosse nasale gauche, la présence d'une petite tumeur. Prise pour un polype, cette tumeur a été opérée une première fois le 4 janvier 1884. L'ablation a été suivie d'une forte hémorrhagie; depuis le mois de janvier, quatre fois les mêmes phénomènes se sont reproduits et quatre fois on a fait l'ablation de la tumeur, toujours suivie d'hémorrhagie, sauf la dernière fois (au mois de juillet), où l'hémorrhagie fut peu considérable. La récidive a eu lieu aussitôt.

État actuel. — Déformation considérable de l'aile gauche du nez, dont la saillie convexe en dehors s'étend jusqu'à la région sous-orbitaire. La racine du nez et la région du sac lacrymal sont intactes; pas d'épiphora. La tumeur fait saillie à l'orifice de la narine gauche; elle est noirâtre, ulcérée, verse du pus et répand une odeur fétide. Un stylet, introduit dans la narine, la circonscrit, et pénètre, en dehors, à 5 centimètres; en haut, à 4 centimètres; en bas, à 3 centimètres. La pénétration du stylet est moins facile du côté interne où se fait sans doute l'insertion. L'examen de la bouche et de la face antérieure du maxillaire ne montre absolument rien d'anormal; le voile du palais est sain; le doigt, conduit, en arrière du voile, dans l'arrière-cavité des fosses nasales, n'y fait constater la présence d'aucune tumeur. Ceci conduit par conséquent à admettre la présence d'une tumeur primitivement développée dans la fosse nasale gauche et qui y reste encore aujourd'hui limitée. La forme de la tumeur qui saigne facilement, l'âge de la malade, aussi bien que son sexe, font rejeter complètement l'idée de polype naso-pharyngien; les récidives fréquentes font rejeter également l'idée d'un polype muqueux, et le diagnostic porté est celui de tumeur maligne : épithélioma de la fosse na-

sale gauche. Il existe un ganglion engorgé très manifeste dans la région sous-maxillaire du côté correspondant.

Opération. — Le lundi 15 septembre, M. Kirmisson procède à l'extirpation de la tumeur et des ganglions de la façon suivante : Une incision, commencée sur la partie latérale droite de la racine du nez, contourne transversalement celle-ci et se continue sur sa partie latérale gauche, puis dans le sillon naso-génien, pour aboutir à l'orifice de la narine gauche. Un perforateur, introduit à la racine des os propres du nez, du côté gauche, y creuse un orifice par lequel on engage les mors d'une pince de Liston, à l'aide de laquelle on sectionne la branche montante du maxillaire supérieur gauche, puis les os propres du nez à leur base. On détache ensuite le lambeau ainsi formé, comprenant dans son épaisseur les parties molles et le squelette du nez, et on le rejette sur la joue droite, comme un volet. La fosse nasale gauche se trouve ainsi largement ouverte et la tumeur vient faire d'elle-même hernie à l'intérieur. Elle est soulevée avec les doigts et l'on constate que son insertion se fait du côté interne, au voisinage de la cloison nasale, ainsi que l'examen clinique l'avait fait supposer. La tumeur est extirpée avec la muqueuse de la cloison sur laquelle elle s'insère, à l'aide d'une rugine. On détruit ensuite, soit avec la rugine, soit avec le thermocautère, la plus grande partie de la muqueuse nasale, pour se mettre autant que possible à l'abri d'une récidive. Tandis qu'une éponge, introduite dans la fosse nasale, exerce de la compression et arrête l'écoulement sanguin, on procède à l'extirpation des ganglions sous-maxillaires, à l'aide d'une incision légèrement convexe en bas et parallèle à la branche horizontale du maxillaire inférieur. Neuf ganglions manifestement dégénérés, dont un très volumineux, sont ainsi enlevés. L'opération est terminée par la suture, au fil d'argent, du nez remis en place ; par la suture et le drainage de la plaie sous-maxillaire. Pansement à la pommade boriquée, avec un masque enduit de pommade au dixième.

Les suites de l'opération ont été des plus simples, la température ne s'est pas élevée au delà de 38,5, et cela pendant les trois

premiers jours, pour retomber à la température normale. Les pansements ont été renouvelés chaque jour et suivis de lavage par les narines à l'aide d'une solution boriquée. Le 23, les fils de la plaie nasale ont été supprimés, et, le lendemain, ceux de la plaie du cou. La réunion s'est faite par première intention dans toute l'étendue des deux plaies et la malade a quitté l'hôpital, complètement guérie de son opération, le 6 octobre.

L'examen histologique de la tumeur a été pratiqué par M. Nepveu et a donné les résultats suivants. La tumeur est composée entièrement de cellules épithéliales, petites, entassées les unes sur les autres à la surface, sans ordre apparent, prenant profondément une disposition plus régulière et offrant l'aspect de l'épithélioma tubulé. Dans des points voisins de la muqueuse, on pouvait saisir la marche du processus néoplasique. La couche épithéliale de revêtement, épaisse, irrégulière, pénétrait par place dans le tissu conjonctif, où on apercevait une foule de jeunes cellules, indice de l'envahissement à la période de début. Très intéressantes aussi étaient les altérations des glandes de la pituitaire; elles avaient augmenté de volume et la couche épithéliale glandulaire, au lieu d'être simple, offrait, par suite de la prolifération cellulaire, plusieurs couches superposées. Enfin, autour de ces glandes, on observait aussi des infiltrations de jeunes cellules qui avaient l'irrégularité des couches épithéliales glandulaires, montrant que l'épithélioma des glandes, comme celui de revêtement de la muqueuse, participait en même temps à la dégénérescence épithéliale.

M. Kirmisson a reçu de M. le Dr Cersoy (de Langres) une note lui disant que la malade opérée par lui est rentrée à l'hôpital de Langres le 1er décembre. Elle présentait alors une tumeur de mauvaise nature au sein gauche, de la grosseur d'une forte noix; une glande de même nature et de même grosseur dans la région sous-maxillaire, du côté droit. L'état général était profondément cachectique; rien encore ne paraissait récidiver du côté du nez; mais, vers le milieu de décembre, la récidive s'offrit à la base du nez, sous forme de tumeur rapidement croissante, avec accompa-

gnement d'épistaxis fréquentes qui achevèrent promptement la ruine d'un organisme si misérable. La malade s'est éteinte le 7 janvier.

Observation II (donnée par M. Péan à M. Casabianca).

Épithélioma de la cloison (récidive).

Jeanne K..., 64 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 55, le 3 juin 1876.

Au mois de janvier dernier, cette femme était déjà venu trouver M. Péan pour une tumeur simulant un polype et siégeant sur la cloison des fosses nasales; le début remontait à cinq mois. Durant les deux premiers mois, la malade avait éprouvé un peu de gêne de la respiration, de l'enchifrènement, de la céphalalgie; mais, à partir du troisième mois, les troubles devinrent plus accusés, le goût et l'odorat commencèrent à s'émousser. En même temps, la tumeur prenait de l'accroissement et commençait à faire saillie au dehors par la narine droite.

A l'entrée de la malade dans son service, M. Péan constata, sortant par la narine et l'obstruant, une petite masse polypeuse rougeâtre, molle, friable, directement implantée sur la cloison, mais sur un espace assez restreint. Elle était pour ainsi dire pédiculée. La narine droite était un peu élargie, ses téguments un peu congestionnés. Le dos du nez était également bombé, au niveau de l'union des cartilages, avec les os; la peau était saine : M. Péan avait reconnu là un épithélioma développé sur la cloison, et, pour ne pas causer une déformation trop grande, il s'était contenté de faire une incision sur la ligne médiane et d'enlever largement la portion de la cloison où était implantée la tumeur. L'opération terminée, les deux lambeaux avaient été rapprochés et suturés.

Un mois après, la malade sortait très bien guérie, malgré un érysipèle peu intense survenu douze jours après l'opération.

Au commencement d'avril, la tumeur a récidivé, et cette femme entrait de nouveau à l'hôpital Saint-Louis.

Elle respirait difficilement, elle éprouvait de violentes céphalalgies, et ne percevait plus du tout les odeurs ; elle souffrait beaucoup ; son appétit et son sommeil avaient complètement disparu; ses forces diminuaient de jour en jour ; elle demandait qu'on la débarrassât d'une affection qui lui rendait l'existence intolérable. Le nez était un peu affaissé, mais ne présentait pas une difformité bien grande ; la peau qui le recouvrait avait une teinte érysipélateuse ; les narines, et surtout la droite, étaient obstruées par la tumeur qui avait récidivé au niveau du bord antérieur de la portion restante du cartilage de la cloison et qui s'étendait vers le dos du nez.

On ne constatait point d'écoulement par les narines, et, à part les violents maux de tête, il n'y avait rien à noter du côté des cavités orbitaire, buccale et crânienne.

Devant le diagnostic porté la première fois, devant une récidive aussi prompte, il était à craindre que l'affection ne se généralisât rapidement et ne vouât la malade à une mort prochaine. Une ablation des parties atteintes pouvait seule retarder l'issue funeste. M. Péan ne crut pas devoir refuser une opération que cette femme demandait avec tant d'insistance. Elle fut pratiquée le 3 juin. Après l'hémostase préventive au moyen de pinces hémostatiques placées sur la lèvre supérieure, M. Péan fit, sur toute l'étendue du dos du nez et de la lèvre supérieure, une incision qui, du même coup, intéressa les parties molles jusqu'aux os et aux cartilages. En renversant ces lambeaux, la tumeur fut aussitôt découverte. Le néoplasme, implanté sur le bord antérieur de la cloison, envoyait des prolongements nombreux dans les parties voisines. Les os propres du nez et une partie de l'apophyse montante devaient être enlevés. La cloison, le bord alvéolaire, sur une étendue de trois centimètres, et une portion de la voûte palatine, qui, elle aussi, était envahie par la productiom morbide, furent également sectionnés. Pendant l'opération, on eut soin d'empêcher, au moyen de petites éponges, le sang de tomber dans les

fosses nasales postérieures et dans la bouche, d'où il eût pu passer dans le larynx. A l'aide de nombreuses pinces, il n'y eut pas beaucoup de sang de perdu. Le pansement consista en compresses imbibées d'eau de sureau.

4 juin. La malade souffre beaucoup : soif ardente; 38°,4.

Le 5. Souffrances moindres : la malade est plus calme, 38°,1.

Le 6. Douleurs supportables : la malade a dormi; 38°.

A partir de ce jour, le mieux a continué et s'est maintenu.

L'examen néoplasique, fait après chaque opération par M. André, a démontré qu'on avait réellement affaire à un épithélioma.

Observation III (thèse Bouheben).

Épithélioma des fosses nasales.

Le 7 mai 1873 est entré à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 58, le nommé Charles P..., âgé de 52 ans, profession d'homme de peine.

Il y a deux ans, il a vu apparaître dans la narine gauche un petit bouton qui lui a donné d'abord une sensation de picotement et, plus tard, de la gêne pour respirer de ce côté. Quinze jours après l'apparition de ce bouton, *engorgement d'un ganglion sous-maxillaire.*

Dix-sept mois plus tard, ulcération dudit bouton; léger écoulement du nez; suintement ichoreux.

Après avoir employé divers médicaments sans résultat, il entre deux mois après à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Verneuil.

Ce chirurgien diagnostiqua un épithélioma de la cloison du nez avec infection ganglionnaire au niveau de l'angle de la mâchoire du côté gauche, et il en fit l'extirpation.

Lorsqu'il eut fait l'opération, il fit remarquer à ses élèves que les récidives de cette affection étaient à craindre et qu'il n'était pas du tout rassuré sur la possibilité de l'existence d'une autre tumeur consécutive. Et en effet, selon ses prévisions, il y a

eu récidive au même endroit, à la région sous-maxillaire et du même côté.

La nouvelle tumeur a envahi un autre ganglion, elle grossit insensiblement à tel point que son volume inquiète le malade. Celui-ci, craignant qu'elle ne grossisse davantage, entre de nouveau dans le service de M. Verneuil, à l'hôpital de la Pitié, et prie avec instance ce chirurgien de le débarrasser de sa tumeur.

Etat actuel. — La tumeur est ovoïde, dure et assez mobile, la peau est saine et sans changement de coloration.

Cette tumeur est indolente, mais si on presse fortement elle est douloureuse, elle s'étend de l'angle de la mâchoire à l'os hyoïde, le long du bord interne du sterno-mastoïdien, elle a à peu près le volume d'un œuf de poule.

Pas de douleurs de tête, pas de troubles du côté de la vue, l'appétit est bon, la santé générale non altérée.

M. Verneuil extirpe le ganglion. Il n'y a presque pas perte de sang.

Le 12. Le malade est interrogé par les élèves du service, ce qui le fatigue un peu ; le soir il a un léger accès de fièvre. Température, 39,5.

Le 13. Diminution de la fièvre, T. 37,5. Gêne dans la déglutition.

Le 14. Encore de la gêne pour avaler, avec même état que la veille.

Le 15. La plaie est très douloureuse. Application de cataplasmes émollients.

Le 16. Suppuration très abondante. Diminution de la gêne pour avaler.

Le 17. Le malade se trouve beaucoup mieux. A partir de ce jour la guérison continue.

Le 27. Le malade demande à quitter l'hôpital, la plaie étant presque cicatrisée. On ne trouve autour d'elle aucune induration.

Le 28. Exéat.

Observation IV.

(Recueillie par les Drs Charles Delstanche,
chef de la clinique otologique,
et Marique,
chef du service des autopsies à l'hôpital Saint-Jean, Bruxelles.)

Cancer épithélial primitif de la fosse nasale gauche.

Le nommé Joseph Aertsens, ferblantier-zingueur à Bruxelles, se présente à la clinique otologique de l'hôpital Saint-Jean, au commencement du mois d'octobre 1881. C'est un homme de 53 ans, de taille moyenne, trapu et fortement musclé, mais l'expression souffreteuse de sa physionomie et son extrême pâleur font soupçonner chez lui à première vue l'existence de quelque grave désordre organique. Il vient nous demander conseil au sujet d'une surdité prononcée et d'un enchifrènement habituel qui l'oblige à garder continuellement la bouche entr'ouverte, surtout lorsqu'il travaille, afin de suppléer à l'insuffisance de la respiration nasale. A l'en croire, il est issu de parents bien portants, morts à un âge avancé et ne se rappelle pas, depuis les maladies de l'enfance, avoir dû garder le lit, si ce n'est à la suite d'un accident survenu à l'âge de 20 ans. Il était monté sur un toit pour en réparer la gouttière, quand tout à coup, perdant l'équilibre, il avait été précipité sur le sol d'une hauteur d'environ 12 mètres. La violente commotion cérébrale provoquée chez lui par cette chute avait nécessité son transport immédiat à l'hôpital; il en sortait déjà au bout de 15 jours, entièrement remis, à cela près d'un notable affaiblissement de la fonction auditive droite. Il avait continué à jouir par la suite d'une excellente santé, lorsqu'il y a de cela quatre ans, il lui arriva un autre accident qui, bien que beaucoup moins sérieux en apparence que celui dont nous venons de parler, devait amener des conséquences bien autrement graves. En sortant d'un cabaret du voisinage, dans un état d'ivresse pro-

noncé, il était tombé la tête en arrière contre le rebord d'un trottoir. Il fut ramené chez lui, perdant du sang en abondance par une plaie située à l'occiput ainsi que par le nez. La production de cet épistaxis mérite d'autant plus de fixer notre attention qu'il n'existait bien positivement aucune trace de contusion à la face, ce qui autorise l'hypothèse, sur laquelle nous reviendrons plus loin, d'une lésion par contre-coup à l'intérieur des fosses nasales. On parvint non sans peine à arrêter ces hémorrhagies ; néanmoins dès le lendemain matin, Aertsens se remettait à l'ouvrage. Mais depuis lors, il n'a pas cessé de ressentir une douleur sourde et persistante à la région frontale, un peu au-dessus de la racine du nez et c'est de cette époque également que date l'enchifrènement, bientôt après compliqué de dureté de l'ouïe, dont il se plaint encore aujourd'hui. En sus, nous dit sa femme, lui, autrefois d'humeur paisible et toujours égale, est sujet maintenant à des accès de colère que rien ne motive, voire même, semble-t-il, à des troubles passagers de l'intelligence.

L'inspection des oreilles donne les résultats suivants : les tympans épaissis et d'aspect blanc grisâtre sont considérablement déprimés contre la paroi labyrinthique ; de part et d'autre le manche du marteau a pris une position presque horizontale et paraît raccourci, son apophyse courte forme une forte saillie et le repli tympanal postérieur est très accentué. Le malade ne perçoit le tic-tac de la montre (distance normale, 2 mètres) d'aucune façon ; les vibrations du diapason, perçues à quelques centimètres de l'oreille gauche seulement, se portent vers la gauche également lorsque l'on applique l'instrument sur la ligne médiane du sommet de la tête, tandis qu'à droite de cette ligne, le son se répand uniformément des deux côtés. Le cathétérisme, très aisé du côté droit, ne s'opère pas sans difficulté ni sans provoquer un peu d'hémorrhagie du côté gauche. L'air, insufflé au moyen de la sonde, rencontre dans la caisse, tant à droite qu'à gauche, une grande masse d'exsudat, ainsi qu'en témoignent l'auscultation et le refoulement en dehors du tympan, notamment un segment postérieur. A la suite de l'opération, le malade a la tête plus libre

et déclare entendre beaucoup mieux; montre à gauche 2 centimètres, à droite 0.

Le nez est gros, mais à part cela son aspect extérieur n'offre aucune particularité remarquable; il s'en écoule une matière sanieuse entremêlée d'amas muco-purulents jaunâtres, d'une odeur repoussante. Malgré d'énergiques efforts d'inspiration et d'expiration, l'air ne parvient pas à s'ouvrir une voie à travers la fosse nasale gauche, mais la perméabilité de la narine droite, bien que diminuée, n'est pas abolie. En recourant à la rhinoscopie antérieure, on trouve la lumière de la fosse nasale droite presque effacée par le rapprochement des surfaces muqueuses, gonflées et fortement hyperhémiées, mais on ne constate pas dans cette cavité le moindre vestige de tumeur; du côté gauche, au contraire, on découvre à environ deux centimètres de l'entrée de la narine, une tumeur d'un rouge blafard, d'une consistance rappelant celle du tissu hépatique, dont elle possède au surplus la friabilité; aussi se laisse-t-elle entamer facilement, quelque précaution que l'on prenne, par la pointe du stylet explorateur, ce qui détermine une légère hémorrhagie. Cette circonstance jointe au fait qu'il n'existe pas d'espace libre entre les parois latérales de la cavité et la production morbide, en raison du volume de celle-ci, ne nous permet pas d'en circonscrire exactement les limites, ni d'arriver à en reconnaître avec certitude le point d'implantation. Une chose reste acquise cependant, c'est qu'elle n'a aucun rapport de continuité, ni avec le plancher, ni avec la moitié inférieure de la cloison, pas plus qu'avec le cornet inférieur. Force nous est donc d'admettre qu'elle émane d'un point plus élevé du méat nasal où, à en juger par sa grande fixité, nous inclinons à croire qu'elle possède des attaches étendues. Parties directement visibles du pharynx hyperhémiées, mais à part cela, normales; amygdales légèrement gonflées.

La grande irritabilité de la gorge s'oppose à l'emploi du miroir pharyngoscopique; au reste, la palpation méthodique de la région rétro-nasale à l'aide de l'index introduit derrière le voile du palais, nous permet d'exclure avec certitude l'existence en cet

endroit d'une tumeur quelconque. L'extrémité du doigt introduit profondément dans la narine postérieure gauche y rencontre une substance mollasse, que nous sommes porté à considérer comme le prolongement en arrière de la masse pathologique, sur la surface de laquelle se serait déposé un peu de sang coagulé. Les ganglions lymphatiques du cou ne sont nullement engorgés.

L'appétit est bon et le sommeil le serait également si le malade n'était réveillé fréquemment par le besoin de boire pour dissiper l'extrême sécheresse de la gorge, résultant de la nécessité d'avoir constamment la bouche entr'ouverte. Malgré la douleur gravative qu'il ressent à la région frontale, il travaille avec la même ardeur qu'autrefois et soucieux avant tout d'assurer le pain de sa nombreuse famille, il rejette bien loin l'idée de se faire admettre à l'hôpital.

Afin non seulement de le soulager mais encore d'obtenir les moyens de nous éclairer sur la nature de la tumeur, qu'il nous semble inadmissible d'envisager comme un simple polype charnu, nous en extrayons séance tenante plusieurs morceaux, représentant au total environ le volume d'un œuf de pigeon, sans réussir néanmoins à déblayer suffisamment la fosse nasale pour en rétablir la perméabilité. Ces ablations successives faites à l'aide de l'étrangleur, donnent lieu à une abondante perte de sang, qui pourtant ne tarde pas à s'arrêter.

Nous étions fort perplexe sur la marche à suivre pour venir en aide à ce malheureux, mais l'examen microscopique de la tumeur fait par les soins de notre distingué confrère le Dr Marique, vint bientôt nous arracher à notre incertitude, en établissant que l'affection d'Aertsens était encore plus grave que nous l'avions soupçonné de prime abord, c'est-à-dire qu'il ne s'agissait nullement dans ce cas d'un sarcome, mais bien d'un épithélioma parfaitement caractérisé, ce qui écartait d'emblée les chances d'une cure radicale au point surtout où en étaient déjà les choses.

Restait donc le traitement palliatif, en d'autres termes l'emploi des moyens propres d'une part à réduire autant que possible le volume du néoplasme, d'autre part à diminuer la surdité. Mais à

ce double point de vue notre intervention ne devait guère être avantageuse; tout au plus retarda-t-elle de quelques jours la destruction du septum et l'envahissement de l'autre fosse nasale par le tissu morbide; et encore ce très mince avantage fut-il contrebalancé et au delà par les hémorrhagies auxquelles donnaient lieu les tentatives d'extraction du néoplasme et par la formation, après chaque séance, d'un caillot volumineux qui remplissait tout l'espace rétro-nasal et descendait parfois jusqu'au niveau des amygdales.

Les choses en étaient à ce point lorsque vers la fin de novembre Aertsens qui jusque-là s'était présenté régulièrement à notre dispensaire, cessa brusquement d'y venir. Nous apprîmes par la suite que, convaincu de l'inutilité de nos efforts, il s'était adressé successivement à plusieurs praticiens, puis qu'en raison de l'aggravation progressive de son état, qui s'était compliqué de vertiges et d'affaiblissement de la vue à gauche, il avait dû se résigner à demander son admission à l'hôpital Saint-Pierre; il y séjourna environ deux mois, s'attendant chaque jour à subir l'opération qui devait le débarrasser de son mal; enfin, déçu dans cet espoir, il voulut rentrer chez lui, malgré le dénûment absolu dans lequel se trouvait plongée sa famille. Ce fut là qu'appelé par sa femme, nous eûmes l'occasion de le revoir au commencement de mars 1883.

Le néoplasme avait acquis d'énormes proportions; il remplissait maintenant non seulement tout l'espace naso-pharyngien, faisant d'une part saillie à travers les narines fortement distendues et atteignant d'autre part le niveau de l'insertion du voile du palais, mais de plus il s'était creusé une voie à travers le plancher des fosses nasales et parvenu dans la bouche, y avait formé une espèce de mamelon remplissant toute la cavité de la fosse palatine et dont le sommet aplati reposait sur la langue et forçait le malade à tenir constamment les mâchoires très écartées, pour échapper à la suffocation.

L'intelligence était intacte et le malheureux ne comprenait que trop toute l'horreur de sa situation. Malgré une exophthalmie assez

prononcée à gauche, compliquée d'œdème des paupières et d'épiphora, sa vue ne paraissait pas avoir souffert, du moins en ce qui concernait l'œil droit; par contre, on ne parvenait plus à s'en faire comprendre, même quand on lui criait de très près. Les nerfs acoustiques cependant conservaient un certain degré d'activité fonctionnelle qui lui permettait de percevoir, tant à droite qu'à gauche, les vibrations transmises par le diapason appliquée sur le sommet de la tête. Il importe de noter que depuis quelques semaines déjà, une otorrhée bilatérale très abondante s'était déclarée chez lui.

La seule ressource qui nous restât pour apporter quelque adoucissement aux cruelles tortures de ce malheureux, était d'opérer l'ablation de la portion du néoplasme qui faisait hernie dans la bouche. La chose ne devait d'ailleurs pas présenter de difficulté, vu l'absence de toute adhérence, en cet endroit, du tissu morbide avec les parties qu'il recouvrait; en effet, quelques coups de ciseaux courbes dans la brèche osseuse située au centre de la voûte palatine suffirent à séparer la tumeur de son pédicule, dont le diamètre ne dépassait pas celui du petit doigt. Mais telle était la puissance de prolifération du néoplasme, qu'en moins de trois semaines il nous fallut deux fois encore en réitérer l'ablation.

A la fin du mois de mars, Aertsens fut accueilli dans le service du Dr Sacré à l'hospice de l'infirmerie, où nous le vîmes une dernière fois, trois jours avant sa mort. Aucune modification sensible ne s'était produite dans son état et ne faisait prévoir une fin aussi prochaine. Il prenait encore une quantité assez grande d'aliments liquides qu'il digérait parfaitement et, bien que, d'après les personnes qui le soignaient, il fût de temps à autre un peu délirant, les quelques paroles qu'il parvint à nous dire, prouvaient que ses facultés intellectuelles n'avaient pas encore subi d'atteinte sérieuse. Nous ne possédons pas de renseignements positifs sur ses derniers moments, mais d'après ce que nous assuré sa femme, il s'est éteint paisiblement, sans avoir eu ni vomissements ni la moindre convulsion.

L'autopsie fut pratiquée le 12 avril, deux jours après la mort, par M. le Dr Marique. En voici le procès-verbal :

Aspect extérieur. — Embonpoint satisfaisant. Cheveux noirs grisonnants. Raideur cadavérique.

Poumons. — Le lobe supérieur du poumon gauche est très affaissé et adhère lâchement aux parois thoraciques; son tissu est congestionné. Le reste du poumon ne présente pas d'altération. Le poumon droit est emphysémateux, fortement congestionné le long du bord postérieur; ses bronches renferment un exsudat purulent.

Cœur. — Flasque; surface du cœur droit couverte d'une légère couche adipeuse; endocarde légèrement infiltré, de coloration vineuse, Chair musculaire et valvules normales.

Foie. — Surface lisse; bord inférieur épaissi. Ce foie est presque entièrement constitué par le lobe droit; il renferme une quantité modérée de sang; sa consistance est assez ferme.

Rate. — Epaississement considérable de son enveloppe; au niveau du bord interne, on constate la présence ds plaques d'ossification très adhérentes, mesurant environ 4 centimètres en longueur; trame connective assez abondante, pulpe diminuée.

Reins. — La capsule du rein gauche adhère assez intimement à la substance corticale, qui est granuleuse, injectée, diminuée d'épaisseur. La congestion atteint aussi la substance médullaire. Consistance augmentée (néphrite interstitielle); on observe les mêmes particularités au rein droit qui présente en plus un petit kyste du volume d'un pois et à contenu séreux, à sa partie périphérique.

Estomac. — Sa muqueuse est boursouflée et fortement pigmentee, principalement au niveau de l'ouverture pylorique. Dilatation prononcée des vaisseaux veineux de la face postérieure, notamment en correspondance de la grande courbure. En cet endroit, l'injection s'étend aux petits vaisseaux.

Intestin grêle. — Assez mamelonné à la région duodénale; à part cela normal.

Gros intestin. — Normal,

Cerveau. — L'incision de la dure-mère donne issue à une grande quantité de liquide purulent, crémeux, verdâtre. Ce liquide provient de la partie antérieure de la boîte crânienne. On constate en cet endroit une espèce de poche, remplie de pus, formée d'une part par la dure-mère qui tapisse la surface orbitaire et la partie postérieure de l'os frontal, d'autre part, par l'extrémité antérieure du lobe frontal qui est fortement déprimé à ce niveau, en conséquence du refoulement que la nappe purulente lui a fait subir. La dure-mère, détruite en cet endroit, se montre ailleurs légèrement œdématiée; elle adhère à la faux du cerveau, au niveau de la grande scissure, au point que l'on ne peut parvenir à séparer les deux enveloppes. La nappe fibrino-purulente occupe tout l'étage supérieur, surtout la moitié gauche; elle se laisse facilement enlever de la dure-mère. Celle-ci est très congestionnée et offre même, surtout du côté gauche, une coloration noire fortement pigmentée. Au niveau de la portion gauche de la lame criblée, se remarque une petite quantité de tissu, d'aspect gélatiniforme. Les nerfs optiques, les vaisseaux carotidiens, les bandelettes olfactives, en un mot la face inférieure de l'extrémité des deux lobes frontaux, ainsi que tous les organes voisins, sont baignés par la masse purulente. Sous cette couche de pus, la substance cérébrale a acquis, au niveau de la surface inférieure des lobes frontaux, une coloration noirâtre qui s'étend à la substance grise, mais d'une intensité beaucoup plus grande à gauche qu'à droite. Les lobes latéraux renferment une grande quantité de sérosité.

Nez. — L'ensemble de cet organe est très volumineux; il a pris notamment au niveau de l'angle interne de l'œil un développement exagéré. A droite de sa racine et à environ 5 millimètres de la commissure des paupières, existe une petite ouverture, paraissant produite par un instrument tranchant; c'est l'orifice d'un trajet fistuleux par lequel le stylet pénètre jusqu'à proximité des os nasaux. En écartant légèrement les narines, on constate la présence d'une tumeur de coloration jaunâtre qui, vue de cette façon, paraît occuper la partie antérieure de la cavité nasale (portion cartilagineuse); elle a le volume d'une grosse noix, est bosselée

et semble divisée en plusieurs lobes. Sa surface est injectée par places et couverte d'une matière fibrino-purulente; elle se sépare assez aisément des parois externe et inférieure de la cavité; sa face interne se porte à droite, dépassant les limites de la cloison. Une section verticale pratiquée dans le sens antéro-postérieur sur la ligne médiane, montre la cavité nasale entièrement envahie par le néoplasme; celui-ci néanmoins est plus développé dans la moitié gauche du nez, où nous savons qu'il s'est montré d'abord pour ne se porter que plus tard de l'autre côté à travers la portion osseuse du septum dont il n'existe plus maintenant de vertige, tandis que la portion antérieure cartilagineuse subsiste encore, n'ayant été que fortement refoulée vers la droite. La tumeur atteint en haut la partie inférieure du corps du sphénoïde, qui constitue la portion antérieure de la voûte rétro-nasale. Elle a, en cet endroit, les dimensions d'une grosse noix et remplit tout l'espace pharyngien supérieur jusqu'au-dessous du niveau des trompes d'Eustache, Le corps du sphénoïde présente une coloration noire nécrotique; il est séparé de ses deux ailes droites par un foyer purulent, dans lequel existent de nombreux séquestres. Les sinus sphénoïdal et ethmoïdal postérieur sont remplis de tissu néoplasique; il en est de même de la selle turcique au-dessous de la glande pinéale qui, elle, n'a pas subi d'altération; pour arriver jusque-là, le néoplasme s'est creusé un canal du diamètre d'une plume d'oie, en correspondance de l'articulation du sphénoïde avec l'ethmoïde. Ici, de même que dans les fosses nasales, les lésions sont plus étendues à gauche qu'à droite. Vers le bas, la tumeur n'a pas seulement détruit le vomer dans sa totalité, mais le plancher des fosses nasales a subi également ses atteintes; la partie centrale de ce plancher est largement perforée et livre passage au tissu néoplasique qui, une fois parvenu par cette voie jusque dans la bouche, s'étend sur toute la surface de la voûte palatine et en remplit toute la concavité; de plus, il envahit en arrière le voile du palais et les piliers latéraux. Les piliers postérieurs sont respectés. Les cornets moyens et inférieurs sont également conservés, seulement la muqueuse qui les recouvre est

tèrs pigmentée. Cette pigmenation se retrouve d'une manière très accusée sur la muqueuse qui tapisse d'une part la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et, d'autre part, la face interne du sinus frontal et la cavité de l'antre d'Highmore. Cette cavité, de même que les autres sinus, est remplie de pus.

En ce qui concerne l'organe auditif, l'examen microscopique, entrepris lorsque déjà la tête avait subi de nombreuses mutilations, n'a pu porter que sur l'oreille droite : il nous a révélé l'existence d'une perforation antéro-inférieure du tympan, avec conservation des osselets dans leur situation normale; la caisse était remplie de pus et la trompe perméable à l'air.

Caractères macroscopiques de la tumeur. — Cette tumeur est formée de tractus d'apparence fibreuse affectant une disposition rayonnée et alvéolaire par places. D'une coloration blanc jaunâtre, elle est molle, peu résistante; sa consistance caséeuse, en certains points, est forte en d'autres points. Elle est bosselée à sa surface libre, ulcérée et recouverte d'une légère couche purulente.

Caractères microscopiques. — Cette tumeur est constituée par de nombreuses cellules aplaties de forme polygonale pour la plupart comprimées et allongées en certains points, contenant un noyau très apparent, et de fines granulations protoplasmatiques. Ces cellules épithéliales affectent la forme de cônes à l'extrémité desquels on constate des globes perlés. Entre les différents cônes épithéliaux, on constate la présence d'un grand nombre de petites cellules arrondies très apparentes, au milieu d'un tissu conjonctif assez lache et renfermant quelques vaisseaux.

Diagnostic. — Epithélioma à cellules pavimenteuses.

Observation V (M. Terrillon).

Epithélioma des fosses nasales.

Le nommé L... J., âgé de 59 ans, ébéniste, salle Sainte-Vierge, lit nº 4, entré le 23 novembre 1883.

Antécédents. — Il n'a eu aucune maladie grave, mais des mi-

graines fréquentes qui ont disparu au mois de mars dernier. Le malade a commencé à sentir sa narine gauche s'obstruer. Deux mois après, en mai, dans un reniflement violent, il s'est détaché de sa narine « un morceau de chair allongé comme un haricot », une hémorrhagie assez abondante s'en est suivie et la narine n'était plus obstruée, car le malade respirait parfaitement de ce côté.

A Barcelone, où les premiers symptômes s'étaient manifestés, on en avait arraché avec des pinces quelques petits fragments. Dans la suite le nez s'est mis à suppurer et l'œil gauche à larmoyer.

Etat du malade à son entrée. — L'épiphora de l'œil gauche est très marqué, les larmes, en effet, coulent en totalité sur la joue, et cependant en exerçant une pression sur le sac lacrymal on ne fait rien sortir. En faisant souffler le malade, on constate que la narine gauche est presque complètement obstruée. A l'éclairage artificiel, on voit une masse que M. Terrillon cherche à enlever au polypotome; mais cette masse est friable et on ne peut extraire que trois ou quatre fragments. Soumis à l'examen microscopique par M. Dubar, ces fragments révèlent la nature de la tumeur qui est un épithélioma.

Il y a un peu d'exophthalmie du côté gauche, et la face du même côté est un peu tuméfiée.

Il y a maintenant obstruction des deux narines, il s'en écoule une matière puriforme.

Malgré l'intolérance on peut sentir derrière le voile du palais des saillies mamelonnées qui tendent à envahir le pharynx.

29 opération. — Procédé de Chassaignac.

1er Temps. Section des parties molles, deux incisions, se rencontrant à angle droit, l'une horizontale sur la racine du nez, l'autre verticale descendant entre le nez et la joue gauche, permettent de rejeter le nez à droite, comme une valve, ou le couvercle d'une tabatière.

2e Temps. Résection des os.

3e Temps. Curage des parties molles.

4° Temps. Sutures.

Le 30. Les tampons qui ont servi à obstruer l'orifice postérieur des fosses nasales pendant l'opération sont retirés.

Pas d'hémorrhagie. T. 38°. P. 100.

Aujourd'hui un peu de chaleur. Le nez est chaud et rouge, mais cette petite complication n'a rien d'inquiétant.

1er décembre. Elévation de température 39°2.

Suppuration de l'oreille gauche.

Le 3. Surdité prononcée des deux oreilles.

Le 5. L'écoulement de l'oreille gauche persiste et en même temps il existe un écoulement purulent par la narine gauche; l'air ne passe pas par les fosses nasales.

Il semble que les os propres du nez se consolident. Le malade éprouve quelques douleurs au moment de la déglutition.

L'état général est assez bon, la température s'abaisse.

Le 6. L'air passe par la fosse nasale droite; la surdité persiste.

Le 7. Ecoulement par les deux oreilles.

Le 13. Le malade va mieux, il se nourrit bien, mais sa narine gauche ne laisse pas passer d'air et ses oreilles suppurent toujours.

8 janvier. Le malade ne souffre ni de l'oreille, ni du nez.

La cicatrice horizontale est à peine visible, et la verticale n'est pas très apparente; il n'y a pas de déformation sensible du nez. Il est seulement couvert d'acné punctata, ce qui existait antérieurement.

Le malade se mouche aisément par la narine gauche, mais l'air n'y passe qu'avec de la difficulté, comme s'il y avait un commencement de coryza léger.

Il n'y a plus de larmoiement. Le malade entend de son oreille gauche, cependant l'acuité auditive est moindre que celle de l'oreille droite.

Le 11. L'examen au spéculum nasi ne montre rien, sinon le cornet inférieur énorme. Le malade sort guéri et doit revenir.

Le malade a été présenté à la Société de chirurgie dans la séance du 9 janvier 1884.

Observation VI.

Epithélioma des fosses nasales envahissant les os sphénoïde, ethmoïde et les enveloppes du cerveau. Présenté par le Dr W. Pepper (*Journal médical de Philadelphie*, mars 1879).

Madame W... avait souffert pendant plusieurs années d'un catarrhe de la partie postérieure des fosses nasales quand elle me consulta en 1876; elle avait alors 76 ans et présentait une hypertrophie amygdalienne et de la pharyngite granuleuse. Six mois plus tard, avril 1877, elle éprouva une sensation de corps étranger du côté droit de la gorge occasionnant des efforts fréquents pour se débarrasser de cette obstruction, efforts qui amenaient l'expulsion d'une matière muco-sanguinolente venant de l'arrière cavité des fosses nasales.

La voix était assez altérée. Ces symptômes persistèrent pendant un mois, au bout de ce temps on trouvait à l'examen une masse arrondie qui proéminait en arrière du voile du palais. A la palpation cette tumeur était ferme et élastique. Le doigt introduit dans l'arrière narine percevait une excroissance assez ferme, lisse, naissant par une base sessile de la paroi externe de la fosse nasale droite, et adhérente au voile du palais.

Plusieurs applications de substances diverses furent faites sur cette tumeur, au moyen de pinceaux recourbés, mais sans résultat. J'essayai alors les injections interstitielles de solutions d'ergotine administrées au moyen d'une seringue hypodermique introduite dans la tumeur, en traversant le voile du palais. Cinq grains furent injectés tous les trois jours pendant deux mois. Ce traitement amena certainement une diminution de la masse.

L'émission sanguinolente disparut, la saillie du voile du palais diminua.

La malade quitta la ville en juin et cessa le traitement jusqu'au mois de septembre où je la revis et constatai que, pendant l'été, la tumeur avait augmenté et qu'il y avait de violentes dou-

leurs qui s'irradiaient du côté droit de la tête. Elle avait maigri et ses forces avaient diminué.

Du côté droit, la surdité avait notablement augmenté, elle se plaignait de l'obscurcissement de la vue de ce côté.

La douleur de tête devint bientôt incessante et violente, et les fonctions intellectuelles commencèrent à baisser. Les muscles et l'œil droit se paralysaient, la vue et l'ouïe étaient presque abolies de ce côté.

Nous avons dû tenir la malade constamment sous l'influence de la morphine en injection hypodermique. Peu à peu elle est arrivée à un état de folie douce, dont elle sortait dès que diminuait l'influence de la morphine, pour prononcer des exclamations incohérentes, exprimant la souffrance. La malade mourut le 15 décembre 1877.

La masse morbide avait assez exactement la structure décrite par MM. Cornil et Ranvier, sous le nom d'épithélioma lobulé à évolution épidermique.

Nous rapportons ici la partie purement clinique de cette observation. L'auteur décrit avec beaucoup de détails les lésions de l'œil.

L'autopsie de la malade a été faite, nous ne la rapportons pas non plus ici, mais dans notre anatomie pathologique nous en tirons profit.

Du reste, l'auteur ne donne que l'autopsie du cerveau, et il entre dans des considérations minutieuses sur les lésions des yeux qui n'ont rien de commun avec notre sujet.

Nous regrettons de ne pouvoir donner la suite de l'observation qui a été publiée dans les numéros d'avril 1879. Il nous a été impossible de trouver ce document.

ETIOLOGIE.

C'est un terrain brûlant que celui de l'étiologie des néoplasmes. Les causes sont en effet obscures et on ne peut faire ici que des conjectures et des hypothèses.

Cependant, l'âge du sujet doit être pris en sérieuse considération, car ce néoplasme se développe presque exclusivement dans l'âge avancé, et s'il faut nous en rapporter à nos observations, nous remarquons *que le moins âgé des sujets, atteints de cette affection, avait* 51 *ans*.

Le sexe ne semble avoir aucune influence. Dans nos observations le néoplasme a atteint trois femmes et trois hommes.

L'hérédité joue le rôle prédominant. Dans l'observation I, la mère de la malade mourut d'une tumeur du foie. Il est probable qu'on aurait trouvé des antécédents néoplasiques chez les pères et mères des autres malades si on les avait interrogés.

Les malade porteurs de cette affection accusent souvent un coup sur le nez, mais nous ne voyons là qu'une cause occasionnelle.

Chez un individu prédisposé par la diathèse néoplasique, le cancer épithélial peut, de préférence, se développer dans les fausses nasales, par suite de la facilité avec laquelle les cavités sont soumises à des irritations perpétuelles et de toutes sortes.

Enfin, nous devons mentionner l'arthritisme qui joue un grand rôle dans le développement des néoplasmes d'après le professeur Verneuil. Nous concluons donc de l'étude des causes que celles-ci ne peuvent être encore nettement établies. Cependant, il reste certain que l'épithélioma est une maladie de l'âge avancé, que les deux sexes sont également atteints et que l'hérédité joue un grand rôle.

SYMPTOMES.

Il est bien rare de surprendre l'épithélioma des fosses nasales à son début.

Chez un individu, de 55 à 65 ans, survient quelques phénomènes qui attirent à peine son attention. Le début de l'affection, en effet, est insidieux et rien ne révèle au patient la gravité du mal dont il est atteint.

Le malade constate un peu d'enchifrènement, qu'il est tout disposé à rapporter à un vulgaire coryza et, quand l'enchifrènement augmente, il pense qu'il est atteint d'un rhume de cerveau opiniâtre. Ce qui le confirme dans sa quiétude, c'est l'indolence du début.

Bientôt des saignements de nez, d'abord peut considérables, mais se répétant souvent, finissent par réveiller son attention. Le coryza s'est accentué, le liquide qui s'écoule des fosses nasales prend la consistance du muco-pus, s'accompagne de fétidité, et le moindre attouchement dans la cavité nasale devient l'occasion d'une épistaxis.

Le malade en portant son doigt dans la narine sent quelquefois une petite tumeur, qu'il soupçonnait par la difficulté qu'il éprouvait à donner passage à l'air.

C'est d'habitude à cette période que le malade réclame des soins.

A l'indolence du début succède un sentiment de ten-

sion, de pesanteur, de gêne dans une des fosses nasales, l'air n'y pénètre plus, ou du moins n'y pénètre qu'avec une difficulté croissante, et le malade respire par la bouche, surtout en dormant.

Le pus, il est vrai, ne s'écoule pas incessamment, mais le malade, tourmenté par la sensation d'un corps étranger dans les fosses nasales, éprouve sans cesse le besoin de se moucher, et cet acte est accompagné du rejet d'une quantité de pus fétide, strié de sang. Les épistaxis spontanées ou provoquées par les attouchements se répètent à des intervalles plus rapprochés et en quantité plus considérable.

Si l'on vient à examiner le patient, on constate la présence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, fongueuse, mamelonnée, ulcérée par place et recouverte de pus concret. Ou bien la tumeur est d'un rouge blafard, d'une consistance rappelant celle du tissu hépatique dont elle possède au surplus la friabilité, aussi se laisse-t-elle entamer facilement, quelque précaution que l'on prenne, par la pointe d'un stylet explorateur.

L'expiration du malade est fétide.

Le nez est légèrement tuméfié à l'union des os propres du nez et du cartilage ; l'aile du nez du côté affecté est dilatée.

Si l'on vient à l'aide du spéculum nasi à circonscrire la tumeur avec un stylet, cette exploration est suivie immédiatement d'une hémorrhagie plus ou moins abondante.

L'exploration permet de constater que le plus sou-

vent le point d'implantation du mal siège sur la cloison, et que la tumeur n'est pas pédiculée, mais, au contraire, assise sur une base large et qu'elle fait corps avec la partie sur laquelle elle est implantée.

Enfin, un symptôme capital est l'apparition du gonflement d'un ou de plusieurs ganglions sous-maxillaires.

Après une période variable de dix-huit mois à deux ans, tous ces symptômes se sont accentués. On observe un changement dans l'état général et dans l'état local du patient. En effet, l'état général qui était resté intact malgré les hémorrhagies et la suppuration, commence à s'altérer : le malade perd peu à peu l'appétit, maigrit ; ses forces diminuent et les douleurs, qui jusqu'alors avaient été toujours intenses, deviennent de plus en plus intolérables, et portent le malade à réclamer énergiquement une intervention chirurgicale.

En effet, le néoplasme a continué sa marche envahissante, franchissant les limites des fosses nasales, a pénétré à travers les différents orifices naturels qui aboutissent dans les cavités, quand il n'a pas détruit les parois osseuses pour se répandre dans les cavités voisines.

Le nez fortement tuméfié est déformé ; les sinus maxillaires sont bombés, la peau prend une teinte érysipélateuse ; l'épiphora est abondant à cause de la compression du canal nasal ou de son envahissement par le néoplasme, la fétidité est de plus en plus horrible, et s'accompagne du rejet de matière puriforme en plus grande abondance.

Le néoplasme détruisant le septum peut envahir la

narine du côté opposé. L'infiltration des os par les cellules épithéliales amène leur ramollissement, et des fistules se forment.

La surdité et la suppuration de l'oreille arrivent ordinairement à cette période.

La céphalalgie devient intolérable et annonce l'envahissement probable de la base du crâne.

Les muscles de l'œil, en partie ou en totalité, peuvent être atteints de paralysie. L'œil du côté du néoplasme peut être frappé d'amaurose ; alors le néoplasme a déjà gagné la base du crâne.

Après cet exposé rapide, il nous semble nécessaire de mettre en relief les symptômes qui dominent l'histoire clinique de cette affection.

Et d'abord, nous voyons que l'âge avancé du sujet est un symptôme prédominant, qui doit toujours nous donner l'éveil en présence d'une affection siégeant dans les fosses nasales.

Lorsque la cloison est le siège de cette tumeur, on est en droit de soupçonner encore la nature du néoplasme, surtout si cette tumeur saigne facilement et si les hémorrhagies deviennent de plus en plus fréquentes et abondantes.

Les ulcérations prématurées, ainsi que la fétidité des matières rejetées ; l'induration de un ou plusieurs ganglions sous-maxillaires, sont autant de signes en faveur de l'épithélioma. Enfin, l'examen microscopique du néoplasme vient lever tous les doutes.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

La marche de l'épithéliome, comparativement à celle des autres affections des fosses nasales, est relativement rapide.

Le néoplasme, livré à lui-même, envahit, peu à peu, toutes les parties dures et molles des cavités voisines, et, après une période variable, qui, cependant, ne semble pas pouvoir dépasser trois ans, il emporte le patient, soit par la méningite, soit par la cachexie inhérente au cancer, soit par la généralisation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La texture de l'épithélioma, en général, est décrite dans tous les auteurs d'histologie pathologique, nous ne la rapporterons pas ici. Mais nous nous proposons de faire un tableau d'ensemble des lésions causées par ce néoplasme, tant dans la région du nez, que dans les régions voisines où il s'est propagé.

Nous décrirons, tout d'abord, des lésions occasionnées par le néoplasme dans son évolution, avant l'issue fatale, et nous donnerons ensuite les lésions relevées à l'autopsie.

L'épithélioma s'implante, de préférence, sur la cloison nasale, sans pédicule. Il se présente sous l'aspect de masses rosées. Par leur extension dans la cavité nasale, ces masses mamelonnées s'ulcèrent et se couvrent d'une couche de matière fibrino-purulente, que le patient rejette, de temps en temps, par la narine. La déformation du nez suit le développement du néoplasme qui, par son progrès incessant, fait saillie par les ouvertures antérieures et postérieures de la narine. L'épiphora apparaît à cette période, soit par suite de la compression du canal nasal, soit par le fait de l'envahissement du canal par l'élément néoplasique. De même, comme nous le voyons dans nos observations, la surdité et la suppuration de l'oreille moyenne apparaissent aussi. Cette

suppuration serait plutôt le fait du processus inflammatoire, qui aurait gagné la trompe, que de l'élément néoplasique, qui l'aurait envahie, pour produire des désordres dans l'appareil auditif.

Les os sont de bonne heure infiltrés de cellules épithéliales, se ramollissent et des lésions diverses peuvent apparaître. La cloison peut être perforée et le néoplasme apparaître dans l'autre narine, et cet accident se présente surtout lorsque le néoplasme a pris un point d'implantation sur la cloison. Le plancher des fosses nasales, ramolli et ulcéré, lui ouvre un passage et lui permet de faire irruption dans la cavité buccale. La tumeur forme une espèce de mamelon, remplissant toute la concavité de la voûte palatine, et peut acquérir un volume tel que le sommet de ce mamelon repose sur la langue et force le patient à tenir constamment les mâchoires très écartées, pour échapper à la suffocation.

Les sinus maxillaires peuvent être envahis par le tissu épithélial. Les parois de ces sinus peuvent se ramollir et donner lieu à des fistules cutanées par lesquelles coule constamment du muco-pus. Les sinus frontaux peuvent être atteints par le néoplasme, la région alors est rouge, gonflée, et le patient a des céphalées intolérables. Si l'orbite est envahi, l'exophthalmie se montre à un degré plus ou moins grand. Enfin certaines lésions de l'appareil de la vision s'expliquent à l'autopsie. C'est ainsi que l'élévateur de la paupière de l'œil, du côté atteint, peut être paralysé, ainsi que le droit externe. C'est ainsi que les muscles, innervés par la troisième paire, peuvent être frappés de parésie,

que la sensibilité cutanée de la face, du côté atteint, peut être amoindrie, qu'on peut toucher la cornée et la conjonctive du même côté, sans produire de réflexes et que l'acuité visuelle peut être diminuée d'une façon très sensible.

A l'autopsie des individus atteints du cancer épithélial de la cavité nasale, on rencontre des lésions intéressantes et diverses.

Quand on ouvre la boîte crânienne, on voit que le cerveau, sur certains points, est adhérent à ses enveloppes et aux os sous-jacents. Dans l'autopsie du sujet de l'observation du journal de Philadelphie, cette adhérence était intime à la partie interne de la base de l'étage moyen droit et, dans certains points, la substance cérébrale était véritablement indurée. Cette adhérence et cet épaississement répondaient à une surface osseuse, comprise entre les trous rond et ovale et le sinus caverneux droit, et atteignaient, en avant à la limite de la fente sphénoïdale, et, en arrière, jusqu'au trou déchiré. Aussi ces lésions pourraient-elles expliquer la paralysie des muscles de l'œil, ainsi que la perte de la sensibilité cutanée de la face.

Avant d'aborder les lésions osseuses, nous devons dire que les lésions cérébrales ne sont pas toujours semblables. Ainsi, nous voyons, dans l'autopsie du sujet qui fait l'observation des annales des maladies de l'oreille et du larynx, que l'incision de la dure-mère donne issue à une grande quantité de liquide purulent crémeux et verdâtre. La nappe purulente occupe tout l'étage supérieur, surtout la moitié gauche. Au niveau de

la portion gauche de la lame criblée, se remarque une petite quantité de tissu, d'aspect gélatiniforme, et la face inférieure de l'extrémité des deux lobes frontaux, ainsi que les organes voisins sont baignés par la masse purulente. Sous cette couche de pus, la substance cérébrale a acquis, au niveau de la surface inférieure des lobes frontaux, une coloration noirâtre, qui s'étend à la substance grise, mais d'une intensité beaucoup plus grande à gauche qu'à droite.

Le corps du sphénoïde présente une coloration noire nécrotique; il est séparé de ses deux ailes droites par un foyer purulent, dans lequel existent de nombreux séquestres. Les sinus sphénoïdal et ethmoïdal postérieurs sont remplis de tissu néoplasique ; il en est de même de la selle turcique au-dessous de la glande pinéale qui, elle, n'a pas subi d'altération ; pour arriver jusque-là, le néoplasme s'est creusé un canal, du diamètre d'une plume d'oie, en correspondance de l'articulation du sphénoïde avec l'ethmoïde, irradiation qu'on n'aurait pu soupçonner pendant la vie du sujet.

Les lésions osseuses sont encore plus marquées dans l'observation du journal de Philadelphie. La lame criblée de l'ethmoïde est très ramollie. Le corps du sphénoïde et la partie antérieure de l'apophyse basilaire sont dans le même état. Le ramollissement est tel, qu'on y peut enfoncer un scalpel, qui y pénètre, comme dans un morceau de fromage. La grande aile du sphénoïde est un peu ramollie à sa jonction avec le corps de l'os. Il en est de même du sommet du rocher à droite. La surface de la section de la portion ramollie du corps du sphé-

noïde présente un aspect gris opaque et granuleux et la pression n'en fait exsuder aucun suc.

Les coupes minces du corps du sphénoïde présentent à l'œil nu une structure réticulée à cavités étroites.

Au miscroscope, le tissu paraît consister en un stroma de tissu fibreux limitant des espaces assez longs.

Les espaces ovales, ronds ou oblongs, sont plus ou moins remplis de cellules épithéliales agglomérées sans substance intercellulaire.

A la périphérie de ces masses cellulaires, les cellules sont cylindriques et, par leur base, reposent perpendiculairement sur la surface du stroma limitant.

En avançant de la périphérie au centre de ces agglomérations, les cellules cylindriques deviennent rondes, puis finalement discoïdes ou aplaties, et squameuses, comme l'épithélium corné de quelques membranes muqueuses.

Nour regrettons de ne pouvoir nous étendre plus longtemps sur le chapitre de l'anatomie pathologique ; malgré tous nos efforts, nous n'avons pu nous procurer que deux observations, avec l'autopsie des sujets.

DIAGNOSTIC.

On ne confondra pas le polype naso-pharyngien avec l'épithélioma des fosses nasales, si l'on veut bien se rappeler que ce fibrome atteint les adolescents de 15 à 20 ans, et chose remarquable, du sexe masculin, tandis que l'épithéliome, dans la grande majorité des cas, est une affection de l'*âge avancé*, atteignant les individus âgés de plus de 50 ans.

L'épithéliome peut avoir son point d'implantation indifféremment dans toutes les régions de la fosse nasale, tandis que le fibrome s'implante primitivement sur la voûte et la paroi supérieure du pharynx, ainsi que l'ont démontré Nélaton et ses élèves. Les caractères de ce fibrome font encore rejeter l'idée d'un cancer. Il est dur, fibreux, au début, tandis que l'épithéliome a une consistance moindre et n'arrive jamais au volume considérable que prend le polype sans s'ulcérer.

Ajoutons que l'absence d'engorgement ganglionnaire, dans le cas de fibrome, est une signe négatif important, puisque l'adénite cervicale[1] accompagne généralement le cancer épithélial.

Enfin, l'hérédité cancéreuse nettement établie éclaire singulièrement le diagnostic, surtout quand le sujet a 50 ans environ.

POLYPES MUQUEUX.

Il ne sera pas toujours facile de distinguer, au début, l'épithéliome des polypes muqueux siégeant dans la région élevée des fosses nasales, vu les mêmes caractères extérieurs des deux affections. Cependant, on sera toujours en droit de rejeter l'idée d'un néoplasme malin chez un sujet qui se présente avec une excroissance polypiforme. L'embarras sera grand, si ce produit morbide existe chez un sujet âgé. Mais le polype muqueux est rarement unique ; il y en a toujours un ou deux dans la même narine et quelquefois les deux narines en contiennent ; on devra donc, pour établir le diagnostic, chercher, avec soin, s'il n'y a pas un ou plusieurs polypes implantés dans la cavité nasale.

Contrairement à l'épithélioma, le polype reste longtemps sans donner lieu à aucun accident, sans se développer beaucoup ; de plus, sa couleur est grisâtre, tandis que celle de l'épithéliome est rosée. Le polype saigne moins facilement et donne lieu à des hémorrhagies beaucoup moins fréquentes, et les ulcérations se montrent tardivement ou pas du tout. Un signe important, c'est que le polype est pédiculé ; aussi, la constatation d'un pédicule plaidera en faveur du polype. Les ganglions cervicaux sont indemnes avec les polypes, ce qui n'a pas lieu avec le cancer épithélial. Leur point d'implantation se trouve presque toujours sur la paroi externe, tandis que l'épithéliome semble s'implanter le plus souvent sur la cloison.

Par suite de l'absence d'ulcération, l'ozène est un phénomène tardif de l'apparition du polype. En effet, le polype peut exister, depuis deux et trois ans, sans fétidité, contrairement à l'épithéliome, qui ne peut accomplir son évolution, sans être accompagné de la puanteur des matières rejetées de la narine affectée.

Du reste, par les commémoratifs et par une interrogation minutieuse du malade, la marche de l'affection peut mettre sur la voie du diagnostic ; en effet, s'il existe depuis longtemps, sans donner lieu à d'autre accident que la gêne qu'il occasionne par sa présence, on est en demeure de rejeter l'idée d'un néoplasme malin.

Mais si le polype, considéré chez un sujet âgé, est très vasculaire, si sa marche est rapide et accompagnée d'ulcérations promptes et d'hémorrhagies fréquentes, l'embarras devient très grand et l'erreur est presque inévitable, si l'on ne tient pas compte de l'absence de gonflement ganglionnaire et de la conservation relative de l'état général qui est bien moins rapidement altéré que dans l'épithélioma.

Dans ce cas, on n'a, comme ressource pour s'éclairer, que l'examen histologique. Seul il peut révéler la nature bénigne du polype vasculaire.

ADÉNOME.

Cette affection caractérisée par l'hypertrophie des glandes est bénigne en elle-même. Mais elle a une ten-

dance manifeste à dégénérer en cancer épithélial, comme nous le ferons voir. La nécessité de distinguer l'adénome de l'épithéliome est d'importance secondaire, vu les indications identiques que réclament ces deux productions pathologiques.

Cependant, nous allons essayer de faire le diagnostic différentiel de ces deux affections. Nous mettrons à profit la thèse de Puglièse, parue en 1862, sur les adénomes des fosses nasales.

Dans l'observation unique mais très complète de cette thèse, nous remarquons un passage qui nous prouve la facile transformation de l'adénome en tumeur épithéliale.

En effet, « l'adénome, qui était pur au début, dit-il, avait pris, dans les points les plus anciens, les caractères de l'épithéliome d'origine glandulaire, ce qui changeait beaucoup le pronostic ».

M. le professeur Robin, dans la *Gazette des hopitaux*, n°s 11 et 12 de l'année 1852, rapporte le cas d'un adénome qui aurait subi la dégénérescence épithéliale. « Après l'arrachement de ces excroissances, l'hypertrophie des glandes du reste de la muqueuse prit les caractères suivants : l'épithélium hypertrophié détermina l'atrophie des parois propres des glandes et alors, la formation de cellules d'épithélium ayant lieu en dehors des glandes, il se forma une véritable infiltration des tissus par l'épithélium, et le malade finit par mourir de méningite par suite de l'envahissement des os sphénoïde et éthmoïde par la production épidermique.

« Les cellules conservaient, à 2 centimètres de pro-

fondeur, dans les os, les caractères de l'épithélium cylindrique de la muqueuse nasale et de l'épithélium nucléaire des glandes de la pituitaire. »

Donc nul doute sur la possibilité de la dégénérescence épithéliale.

L'adénome doit passer inaperçu, pendant assez longtemps, à cause de la lenteur de ses progrès. Son indolence est presque absolue. Il semblerait que les ganglions lymphatiques restent indemnes, du moins tant que l'affection ne subit pas de dégénérescence épithéliale. On ne constaterait pas d'hémorrhagie. Tous ces signes devront faire rejeter l'idée d'un cancer épithélial. La consistance de l'adénome pur se rapprocherait de celle de l'enchondrome. Or, nous ne devons pas oublier combien est friable le tissu d'une tumeur épithéliale. Lorsque l'adénome existe, depuis deux ans environ, avec intégrité des cavités voisines et sans changement de consistance, comme il est rapporté dans l'observation de la thèse précédemment citée, on est en droit de rejeter encore l'idée d'une tumeur épithéliale.

Du reste, l'épithéliome a une marche plus rapide, les hémorrhagies y sont plus fréquentes, les douleurs beaucoup plus intenses que dans l'adénome. Les signes généraux d'infection, dans l'épithéliome, arrivent assez vite, et les désordres y sont beaucoup plus rapides que ne les comportent de simples compressions mécaniques des parties voisines, comme il s'en produit dans l'adénome.

Nous le répétons, malgré tous ces signes, un diagnostic certain ne se fera qu'à l'aide du microscope, et

serait-on assuré d'être en présence d'un adénome, affection bénigne, qu'il faudrait se souvenir de sa facile dégénérescence en tumeur épithéliale et agir comme pour l'épithéliome.

PAPILLOME.

Nous n'avons pas à nous arrêter longtemps sur cette affection ; comme pour l'adénome, elle subit aussi la dégénérescence épithéliale. D'après MM. Cornil et Ranvier, les papillomes muqueux se combinent très souvent avec l'adénome, ce qui rendrait le diagnostic plus dificile.

Le papillome se présente sous l'aspect de petits grains rosés, semblables à des pépins de raisin accolés les uns aux autres, comme nous avons pu le constater sur une malade, dans le service de M. le professeur Verneuil.

Le diagnostic de cette affection est rempli de difficultés. Ses caractères extérieurs ressemblent tellement à ceux de l'épithélioma que des observateurs éminents avaient diagnostiqué, à la vue, un épithélioma, quand il s'agissait d'un papillome. Cette erreur est d'autant plus facile que, dans le cas que nous avons constaté chez M. Verneuil, l'âge avancé du sujet avait contribué à faire porter le diagnostic d'épithélioma. Toutefois, cette affection n'est pas particulière à l'âge mûr. Les désordres qu'elle occasionne sont moindres que ceux du cancer épithélial. Il n'y a presque pas de fétidité de l'haleine. Les ulcérations, quand le papillome est pur, sont rares, et les ganglions lymphatiques sont sains. Les

hémorrhagies sont moins abondantes; les os ne sont pas envahis et ramollis comme par l'infiltration épithéliale.

Quoi qu'il en soit, le papillome et le cancer épithélial réclamant la même intervention chirurgicale, le polype muqueux, d'autre part, réclamant une simple intervention par les voies naturelles, le diagnostic est beaucoup plus important entre le papillome et le polype muqueux qu'il ne l'est entre le papillome et l'épithéliome.

SARCOME.

Les auteurs classiques sont à peu près muets sur les sarcomes des fosses nasales. Nous nous servirons de la thèse de M. Delaux : « *Des sarcomes des fosses nasales* » pour essayer, à l'aide de quelques signes, de différencier ces productions morbides de l'épithélioma.

Ce mot de sarcome a servi à désigner des affections bien différentes, tant par leur gravité que par leur constitution anatomique. On comprend sous cette expression des tumeurs bénignes et malignes, et on dit sarcome bénin ou sarcome malin suivant la marche de l'entité morbide.

En général, toute production pathologique portant le nom de sarcome peut apparaître indifféremment à tous les âges.

Le développement des sarcomes est indolent, les liquides qui s'écoulent par la narine sont rarement fétides, et le sont moins que l'ichor sanieux des ulcéra-

tions du cancer épithélial. Dans le sarcome, dit bénin, la marche du mal est très lente, et M. Duplay, dans son Traité de pathologie, cite une observation dans laquelle le sarcome remontait à douze années. Enfin, point capital, même dans les sarcomes malins, *les ganglions lymphatiques restent indemnes*, d'après les recherches de de M. Delaux.

En effet, en lisant les nombreuses observations de cette thèse, on voit qu'il n'est fait mention, nulle part, de l'engorgement des ganglions lymphatiques.

L'ulcération de la tumeur sarcomateuse est un accident très rare; au contraire, elle se montre, de bonne heure, dans l'épithélioma.

Les épistaxis ne sont pas de règle au début du sarcome; dans l'épithélioma, l'épistaxis est un phénomène de début. Enfin, comme caractères spéciaux à certains genres de sarcomes, nous dirons que le sarcome fasciculé est rénitent, élastique, et donne la sensation du tissu cartilagineux. Le sarcome ossifiant, comme son nom l'indique, est caractérisé par la présence de trabécules osseuses, ce qui donne, par le palper, la sensation mixte de mollesse élastique, d'une part, et la résistance dure de l'os, d'autre part. Aucun de ces signes ne se rencontre dans le cancer épithélial des fosses nasales, qui, au contraire, se présente sous la forme d'une tumeur fongueuse saignante, ulcérée et molle. De plus, l'épithélioma est accompagné d'engorgements ganglionnaires et d'amaigrissement rapide.

Cependant, il faut l'avouer, le diagnostic ne se fera d'une façon certaine qu'avec le concours du microscope.

OSTÉOME.

Le diagnostic d'un ostéome avec un épithélioma sera, en général, exempt de difficulté.

Cependant, lorsque la muqueuse qui recouvre l'ostéome sera ulcérée et enflammée, il pourra surgir quelque embarras.

M. le professeur Richet rapporte, dans la *Gazette des Hôpitaux*, le cas d'une jeune fille qu'il a été obligé d'opérer. La plaie, au premier abord, par le fait de l'ulcération de la muqueuse, avait beaucoup de ressemblance avec les néoplasmes de mauvaise nature. Mais le caractère qui appartient en propre aux ostéomes, c'est-à-dire la résistance qu'ils offrent lorsqu'on les examine avec un stylet, permettra rapidement d'éviter l'erreur.

ENCHONDROME.

Il est également facile de le distinguer de l'épithélioma.

C'est une affection du jeune âge.

M. Richet fait remarquer que le néoplasme se développe surtout de 15 à 25 ans. De plus, la résistance de ces tumeurs, leur élasticité caractéristique qui se présente comme un signe pathognomonique, les font reconnaître facilement. Si on fait pénétrer une aiguille dans un enchondrome, on remarque qu'elle n'y reste pas fixée,

mais qu'elle est rejetée par le fait même de l'élasticité des tissus cartilagineux.

Le développement de l'enchondrome n'amène ni épistaxis ni engorgements ganglionnaires.

Tous ces symptômes feront écarter l'idée d'un épithéliome.

ÉPAISSISSEMENT DE LA CLOISON.

On doit se mettre en garde contre les erreurs de diagnostic auxquelles peut donner lieu l'épaississement de la cloison. Il a été confondu avec l'épithélioma, mais grâce à la sagacité de M. le professeur Verneuil, l'erreur a été évitée deux fois dans deux cas dont les observations sont citées par M. Casabianca dans sa thèse « Des affections de la cloison des fosses nasales ».

Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ici certains passages de cette thèse, afin de mettre en lumière l'extrême difficulté du diagnostic qui doit être rigoureusement fait, la manière de traiter cette affection différant complètement du traitement propre à l'épithélioma.

En effet, l'un demande une active intervention chirurgicale, et l'autre un traitement local et général approprié.

Dans la première observation, le mal remontait à une année et avait fait, en quelques mois, de rapides progrès. La tumeur se présentait sous l'aspect d'une masse rougeâtre, fongueuse, papilliforme, obstruant les deux

narines et ressemblant, à s'y méprendre, à un épithélioma papillaire.

M. Verneuil crut à une tumeur maligne et aurait opéré la malade, si elle n'eût été enceinte de huit mois.

Le diagnostic était : épithélioma de la cloison ayant pris une marche rapide.

Trois semaines après sa délivrance, la femme revint, mais son affection s'était considérablement améliorée.

Dans la deuxième observation, l'embarras fut plus grand encore.

Un chirurgien avait porté le diagnostic d'épithélioma, mais M. Verneuil, frappé de ce fait, qu'au dire du malade l'affection avait présenté des alternatives d'amélioration et d'aggravation, ne trouva pas le diagnostic justifié, et prit avis de deux confrères des hôpitaux.

L'un porta le diagnostic d'épithélioma, l'autre se rangea à l'avis de M. Verneuil.

Un traitement syphilitique fut institué et eut un effet des plus remarquables.

S'il faut en croire l'expérience des maîtres, le diagnostic de l'épaississement de la cloison est entouré des plus grandes difficultés ; aussi, dans le doute, faudra-t-il se conduire avec une extrême réserve.

Il faudra se rappeler que cette affection attaque de préférence les adultes et les enfants scrofuleux, qu'*elle est susceptible d'amélioration et d'aggravation*, et que, le plus souvent, elle est le résultat d'un coryza chronique.

L'hypertrophie de la pituitaire est presque toujours

bilatérale, l'empâtement est diffus, la tumeur est étalée et ne peut être circonscrite au moyen d'un stylet.

L'épithélioma est, au contraire, unilatéral, et forme une masse qu'on peut circonscrire.

M. le professeur Duplay, dans son traité de pathologie externe, donne un signe qui peut être d'un grand secours et qu'il regarde comme presque pathognomonique. « Si l'on fait respirer le malade exclusivement par le nez, il ne tarde pas à étouffer et est obligé d'ouvrir la bouche. »

Ce signe montre, en effet, que les fosses nasales ne sont pas entièrement obstruées, mais qu'elles sont trop étroites pour laisser arriver aux poumons, en un temps donné, une quantité suffisante d'air, tandis que l'épithélioma, après un certain développement, obstrue, d'une façon absolue et permanente, la narine dans laquelle il est implanté.

Si, malgré ce que nous venons de dire, le doute existait encore, on pourrait instituer, par prudence, un traitement syphilitique, ou, si on ne le peut, soumettre une parcelle de la tumeur à l'examen microscopique qui en révélerait alors, soit la nature épithéliale, soit l'hypergenèse des éléments normaux de la muqueuse. Cependant l'incertitude existe encore sur l'anatomie pathologique de l'épaississement de la cloison.

ULCÈRES DES FOSSES NASALES.

Certains ulcères des fosses nasales (dits malins), méritent d'attirer notre attention, car souvent ils présen-

tent un aspect qui pourrait conduire à une fâcheuse confusion.

Quelle ressemblance, en effet, entre le cancer épithélial et certains ulcères !

Autour de ces ulcères la muqueuse est rouge, enflammée, fongueuse, accompagnée de l'écoulement d'un liquide muco-purulent, strié de sang et d'une fétidité horrible, avec gonflement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires. On devra porter toute son attention sur l'étiologie ainsi que sur les antécédents du malade qui fourniront des indications indispensables pour éviter l'erreur. Avec le secours de la rhinoscopie on parviendra à reconnaître le caractère de ces ulcérations.

Un individu jeune et porteur d'ulcérations nasales avec antécédents syphilitiques ne laissera pas de doute sur la nature de ces ulcères, quelque ressemblance qu'ils aient avec l'épithélioma. Du reste, les ulcères syphilitiques, en général, saignent peu, suppurent beaucoup, et attaquent rapidement les os. Or l'épithélioma saigne beaucoup, suppure moins que les ulcères syphilitiques, et n'ulcère les os en les ramollissant que lorsqu'il a pris un développement assez considérable.

Les ulcérations scrofuleuses se reconnaîtront par l'âge du sujet qui sera ordinairement jeune, par les commémoratifs, par le siège des ulcérations qui sont le plus généralement à l'entrée des narines, et impriment un cachet spécial à la physionomie des malades.

Nous ne dirons rien des ulcérations consécutives à la fièvre typhoïde et de celles de la morve, qui se reconnaîtront par leur étiologie facile à mettre en évidence.

CORYZA CASÉEUX.

Nous ne devons pas omettre de faire ressortir l'embarras qu'on éprouve en présence de cette affection et l'erreur à laquelle elle peut donner lieu, et en particulier sa confusion avec l'épithélioma. M. Perrier a fait récemment une communication à la Société de chirurgie, ayant trait à cette affection, et dans laquelle il fait ressortir la difficulté du diagnostic. Il s'agissait d'un homme de 47 ans qui, à la suite d'un coryza intense, eut une obstruction de la narine droite, accompagnée d'une sécrétion d'un liquide purulent et fétide. M. le D^r^ St-Laurent, ancien interne, crut à une affection organique, et adressa le malade à l'hôpital St-Antoine, et M. Perrier diagnostiqua un épithélioma de la pituitaire. On voyait avec le spéculum un bourgeon rouge saignant qui obstruait complètement la narine. En coupant avec le polypotome ce bourgeon qui ne voulait pas tomber, ce chirurgien se servit de la curette pour l'extraire; mais il ramena celle-ci chargée d'une matière blanche semblable à du fromage. Le diagnostic fut rectifié immédiatemeut devant ce signe qui est pathognomonique du coryza caséeux. Aussi était-il nécessaire de faire ressortir l'existence de cette affection dans les fosses nasales. Ce coryza caséeux a été observé par MM. Maisonneuve, Verneuil, Guyon et Reverdin; M. le professeur Duplay dans son traité de pathologie en a, le premier, donné une description didactique.

Cette affection est rare, aussi ne s'étonnera-t-on pas qu'elle ne vienne pas à l'esprit lorsqu'un malade se présente avec un cortège de symptômes si analogues à ceux du cancer épithélial.

Un malade qui présente une obstruction complète de la narine, survenue dans l'espace de quelques mois, à la suite d'un coryza très intense, sans retentissement ganglionnaire, avec suppuration abondante et fétide, doit faire penser à cette affection, et on est en demeure de rechercher avec un instrument cette matière qui en révèle la nature.

S'il faut en croire les auteurs et si, surtout, nous nous reportons à la description que donne M. le Dr Duplay, il arrive qu'à une période plus avancée cette affection se rapproche davantage des tumeurs malignes, tant par les signes locaux que par les signes généraux. En effet, il se fait, à certains moments, de véritables poussées aiguës phlegmoneuses, avec augmentation considérable de la tumeur, accompagnées de douleurs intolérables. Des trajets fistuleux se forment en plusieurs points ; en même temps, il existe des signes généraux graves, de la fièvre, de l'amaigrissement. Mais si l'on introduit un stylet par l'orifice des fistules, comme dans l'épithélioma en voie de ramollissement, on traverse une matière molle qui ne donne presque pas de sang, tandis que les mêmes explorations, quand il s'agit de cancer, occasionnent une hémorrhagie toujours abondante. Enfin, pour compléter les signes qui peuvent faire reconnaître la nature de la maladie, nous dirons que dans le cancer les os sont ramollis, altérés et compris dans la

dégénérescence, ce qui a lieu à un bien moindre degré pour les tumeurs caséeuses. Les ganglions post-maxillaires sont envahis, la cachexie arrive plus vite dans le cancer qui ne reste pas longtemps cantonné dans la fosse nasale. Enfin, l'ozène ne se montre pas au début du cancer épithélial, comme dans le coryza caséeux, mais il est un symptôme tardif de l'ulcération de la production morbide. Il est donc nécessaire qu'un examen attentif soit fait avant de prendre une décision, et lorsque le doute existera sur la nature de la tumeur, le chirurgien devra s'éclairer par l'exploration directe, afin de découvrir cette matière caséeuse ; car cette production pathologique ne donne lieu, contrairement au cancer, à aucune ablation des parties dures ou molles.

CORPS ÉTRANGERS.

On ne saurait trop se mettre en garde contre les erreurs de diagnostic auxquelles peut donner lieu la présence de calculs et de corps étrangers dans les fosses nasales. En effet, des corps, aussi disparates par leur nature que par leur volume, peuvent siéger dans ces cavités et, bien souvent, sans que le patient en ait conscience.

Une suppuration fétide, l'inflammation de la muqueuse, son boursouflement, sa forme comparable à celle d'un chou-fleur, l'âge du malade, sont autant de symptômes qui pourraient faire croire à l'existence

d'une tumeur maligne alors qu'ils auraient simplement pour cause la présence d'un corps étranger. L'inspection rhinoscopique faite avec le plus grand soin, l'exploration directe avec un stylet qui révélera une surface dure en même temps que mobile, feront rejeter l'idée d'un cancer épithélial. Enfin, l'absence de gonflements ganglionnaires, des épistaxis très rares et l'intégrité de l'état général viendront lever tous les doutes.

Nous ne nous arrêterons pas sur la déviation de la cloison, ni sur les abcès de ce septum, car l'erreur ne peut guère être commise.

PRONOSTIC.

Le pronostic de l'épithélioma des fosses nasales est, sans contredit, très grave, tant par la nature maligne de cette tumeur que par la possibilité de la généralisation du néoplasme dans d'autres régions. Cependant, lorsque l'épithélioma est reconnu, dès son début, et qu'une extirpation largement faite, avec ablation des ganglions infiltrés, est venue débarrasser le patient, le pronostic se modifie. En effet, la guérison pourra se maintenir pendant un an, deux ans et plus ; mais il ne faut pas se le dissimuler, il est rare, malgré toutes les précautions prises, qu'il n'y ait pas de récidives. Cependant, nous pensons que le diagnostic de l'affection, porté dès son début et suivi d'une intervention hâtive, donnera de grandes chances d'obtenir une guérison durable.

TRAITEMENT.

Il ne faut songer ici à aucun traitement médical ; il ne faudra même pas essayer des opérations par les voies naturelles qui seront toujours insuffisantes. L'indication est d'agir vite et vigoureusement, en faisant tous les sacrifices nécessaires. Il ne faut pas reculer devant la nécessité d'une incision qui ouvre une large voie à l'extirpation du néoplasme ; elle s'impose d'une façon ab-

solue. Aller directement au siège du mal en s'ouvrant un passage qui permette d'en bien voir l'étendue pour suivre les ganglions infectés, tel est le but que doit se proposer le chirurgien, afin de mettre le malade à l'abri d'une prompte récidive.

Nous n'exposerons pas ici toutes les méthodes qui ont été tour à tour proposées et mises en pratique, nous nous contenterons simplement d'indiquer le procédé qu'a employé M. Kirmisson sur le malade qui fait l'objet de notre première observation : Une incision, commencée sur la partie latérale droite de la racine du nez, contourne transversalement celle-ci et se continue sur sa partie latérale gauche, puis dans le sillon naso-génien, pour aboutir à l'orifice de la narine gauche. Un perforateur, introduit à la racine des os propres du nez du côté gauche, y creuse un orifice par lequel on engage les mors d'une pince de Liston, à l'aide de laquelle on sectionne la branche montante du maxillaire supérieur gauche, puis les os propres du nez à leur base. On détache ensuite le lambeau ainsi formé, comprenant dans son épaisseur les parties molles et le squelette du nez, et on le rejette sur la joue droite, comme un volet. La fosse nasale gauche se trouve ainsi largement ouverte et la tumeur vient faire d'elle-même hernie à l'extérieur. Elle est extirpée, avec la muqueuse de la cloison, sur laquelle elle s'insère, à l'aide d'une rugine. On détruit ensuite, soit avec la rugine, soit avec le thermocautère, la plus grande partie de la muqueuse pituitaire, pour se mettre, autant que possible, à l'abri d'une récidive.

Lorsque les ganglions sont infectés ou même sus-

pects, on procède à leur extirpation à l'aide d'une incision légèrement convexe en bas et parallèle à la branche horizontale du maxillaire inférieur.

Le point essentiel, quel que soit le procédé employé, consiste à enlever toutes les parties de la muqueuse qui semblent être envahies.

Il ne faut jamais oublier, avant de commencer l'opération, d'introduire deux tampons d'ouate dans l'arrière-cavité des narines, afin d'éviter l'écoulement du sang dans le pharynx et dans le larynx.

Il faut faire, matin et soir, dans le nez des injections d'eau boriquée.

Nous recommandons, à cause de sa simplicité, le pansement que nous avons vu faire à M. Kirmisson sur le malade en question. Il consiste en un masque de tarlatane enduit de pommade boriquée qui enveloppe toute la face. Ce masque est préalablement percé de trous pour les yeux et la bouche. On le fixe par une bande autour de la tête. Si les désordres sont considérables, si l'épithélioma a envahi les sinus, il faudra, par une incision beaucoup plus vaste, découvrir le squelette, ouvrir les cavités osseuses et poursuivre toutes les parties atteintes par le mal. A l'exemple de M. le professeur Verneuil, on pourra laisser la plaie ouverte afin d'y exercer une surveillance attentive et d'attaquer les récidives par des cautérisations répétées. Du reste, nous n'insistons pas sur cette méthode, car un des élèves distingués de l'éminent maître doit prochainement traiter cette question.

CONCLUSIONS.

I. — L'épithélioma siégeant dans les fosses nasales est une affection relativement rare et d'une gravité incontestable.

II. — Sa durée est de deux ans environ.

III. —Le diagnostic n'est pas facile; cependant, sa nécessité s'impose, car seul il permet un traitement efficace.

Le chirurgien s'appuiera surtout sur :

1° L'âge du sujet (55 à 65 ans);
2° Les antécédents cancéreux;
3° La fréquence des épistaxis;
4° L'écoulement par le nez d'un muco-pus fétide;
5° La fréquence et l'intensité des céphalées;
6° Les ulcérations rapides de la tumeur;
7° L'engorgement des ganglions post-maxillaires;
8° En dernier ressort, l'examen microscopique d'une partie de la tumeur qui viendra lever tous les doutes.

V. — Le pronostic est sombre, car seule une extirpation complète de la tumeur, faite dès le début, peut arrêter la marche du processus morbide et donner au patient quelques chances de guérison, soit temporaire, soit définitive.

V. — Le traitement consiste à extirper la tumeur d'une façon radicale. On ne doit pas craindre d'exciser la muqueuse pituitaire dans tous les points où elle semblerait suspecte d'infection cancéreuse. Il faut faire sans hésitation le sacrifice des parties osseuses, non seulement déjà infiltrées, mais même simplement suspectes. Les ganglions doivent être minutieusement explorés et extirpés s'il y a lieu.

Vu, bon et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Vu, le président de la thèse,
VERNEUIL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

FOLLIN et DUPLAY. — Pathologie externe, t. III, p. 847.

JAMAIN et TERRIER. — Pathologie externe, t. II, p. 424.

CASABIANCA. — Des affections de la cloison des fosses nasales. Th. Paris, 1876.

Gazette des hôpitaux, 1852, nos 11 et 12.

PUGLIESE. — Adénomes des f. nasales. Th. Paris, 1862.

BOUHEBEN. — De l'extirpation de la glande et des ganglions sous-maxillaires (obs.). Th. P., 1873.

DELAUX. — Des sarcomes des f. nasales. Th. Paris. 1883.

Bull. de la Soc. de chir., p. 779, ann. 1879.

Philadelphie médical Times, 29 mars 1879 (Obs.)

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc., n° 3, juillet 1884 (Obs.).